

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940. — N° 9

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES RAPPORTS ENTRE

L'APPENDICITE AIGUË

ET LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le vendredi 22 septembre 1939*

PAR

Charles JOLLÈS

Né à PARIS (Seine), le 7 mars 1915

|                        |   |                             |           |
|------------------------|---|-----------------------------|-----------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. PAPIN, professeur ..... | Président |
|                        |   | GUYOT, professeur .....     | { Juges.  |
|                        |   | DUVERGEY, professeur .....  |           |
|                        |   | LOUBAT, agrégé .....        |           |

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6. Place Saint-Christoly

1939







UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940. — N° 9

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES RAPPORTS ENTRE  
L'APPENDICITE AIGUË  
ET LA  
PÉRITONITE TUBERCULEUSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le vendredi 22 septembre 1939*

PAR

Charles JOLLÈS

Né à PARIS (Seine), le 7 mars 1915

|                        |   |                             |   |           |
|------------------------|---|-----------------------------|---|-----------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. PAPIN, professeur ..... | { | Président |
|                        |   | GUYOT, professeur .....     |   | Juges.    |
|                        |   | DUVERGEY, professeur .....  |   |           |
|                        |   | LOUBAT, agrégé .....        |   |           |

BORDEAUX  
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6. Place Saint-Christoly

1939

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT,  
CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

## PROFESSEURS :

| MM.                                                             | MM.                                                             |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Clinique médicale . . . . . MAURIAC.                            | Zoologie et parasitologie . . . . . MANDOUL.                    |
| id. . . . . DUPÉRIÉ.                                            | Médecine expérimentale . . . . . AUBERTIN.                      |
| Clinique chirurgicale et gynécologique . . . . . GUYOT.         | Clinique ophtalmologique . . . . . TEULIÈRES.                   |
| Clinique chirurgicale . . . . . PAPIN.                          | Clinique chirurg. infantile et orthopédie . . . . . ROCHER.     |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . . CARLES.         | Clinique méd. des maladies des enfants . . . . . CRUCHET.       |
| Clinique d'accouchements . . . . . ANDÉRODIAS.                  | Chimie biologique et médicale . . . . . MACHEBOEUF.             |
| Anatomie pathol. et microscopie clinique . . . . . DAMADE.      | Physique médicale et pharmaceutique . . . . . WANGERMEZ.        |
| Anatomie . . . . . VILLEMIN.                                    | Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques . . . . . BONNIN.  |
| Anatomie générale et histologie . . . . . G. DUBREUIL.          | Clinique des malad. cutanées et syphilitiques . . . . . PETGES. |
| Hygiène . . . . . LEURET.                                       | Clinique des maladies des voies urinaires . . . . . DUVERGEY.   |
| Médecine légale et déontologie . . . . . LANDE.                 | Clinique des malad. nerveuses et mentales . . . . . ABADIE.     |
| Electroradiologie et clin. d'électricité médic. . . . . RÉCHOU. | Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . . . . PORTMANN.           |
| Chimie . . . . . CHELLE.                                        | Toxicologie et hygiène appliquée . . . . . LABAT.               |
| Botanique et matière médicale . . . . . GOLSE.                  | Hydrologie thérapeutique et climatologie . . . . . CREYX.       |
| Pharmacie . . . . . VITTE.                                      | Clinique odonto-stomatologique . . . . . DUBECQ.                |
| Physiologie . . . . . FABRE.                                    |                                                                 |

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).



## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

| MM.                                    | MM.                                                     |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Anatomie . . . . . DUFOUR.             | Chirurgie générale . . . . . LOUBAT.                    |
| Physiologie . . . . . N.               | id. . . . . MASSÉ.                                      |
| Médecine générale . . . . . PIÉCHAUD.  | id. . . . . DARGET.                                     |
| id. . . . . DELMAS-MARSALET.           | id. . . . . N.                                          |
| id. . . . . DE GRAILLY.                | Obstétrique . . . . . RIVIÈRE.                          |
| id. . . . . FONTAN.                    | Ophthalmologie . . . . . BEAUVIEUX.                     |
| id. . . . . BROUSTET.                  | Oto-rhino-laryngologie . . . . . DESPONS.               |
| id. . . . . DERVILLÉE.                 | Dermatologie et syphiligraphie . . . . . JOULIA.        |
| id. . . . . N.                         | Physique médicale . . . . . N.                          |
| Chirurgie générale . . . . . CHARRIER. | Chimie générale pharmaceut. et toxicologie . . . . . N. |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

| MM.                                             | MM.                                                    |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Médecine opératoire . . . . . JEANNENEY.        | Ophthalmologie . . . . . CABANNES (en congé).          |
| Accouchements . . . . . RIVIÈRE.                | Physique médicale et pharmaceut. que . . . . . AURIAC. |
| Pathologie médicale . . . . . DELMAS-MARSALET.  | Anatomie . . . . . J. BEAUVIEUX.                       |
| Puériculture . . . . . FAUGÈRE.                 | Chimie minérale . . . . . CASTAGNOU.                   |
| Zoologie et parasitologie . . . . . R. SIGALAS. | Botanique . . . . . GIRARD.                            |
| Médecine légale . . . . . DERVILLÉE.            | Pharmacie galénique . . . . . MESNARD.                 |
| Urologie . . . . . DARGET.                      | Bactériologie . . . . . MOUREAU.                       |
| Législation pharmaceutique . . . . . POPLAWSKI. | Physiologie . . . . . PETITEAU.                        |

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.

N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

---

A MON PERE

DOCTEUR GERMAIN JOLLÈS

---

A MA MERE

DOCTEUR SOPHIE JOLLÈS

Témoignage de ma reconnaissance et  
de mon affection.

A MA FAMILLE

---

A TOUS LES MIENS

---

A MES AMIS

A MES MAITRES  
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

---

A MES JUGES

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. PAPIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine,  
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,  
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,  
Membre de la Société internationale de Chirurgie,  
Chevalier de la Légion d'honneur,  
Croix de guerre,  
Officier de l'Instruction publique.*

Nous le remercions pour le grand hon-  
neur qu'il nous a fait en acceptant la  
présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES RAPPORTS ENTRE  
L'APPENDICITE AIGUE  
ET LA  
PÉRITONITE TUBERCULEUSE

---

INTRODUCTION

---

Nous nous proposons d'étudier la question des rapports qui peuvent exister entre l'appendicite aiguë et la péritonite bacillaire.

Nous essayerons de montrer que ces rapports existent et qu'il ne s'agit pas de simples coïncidences.

Michelet, dans une thèse de médecine de Bordeaux soutenue en 1923, a pu dire : « Un tuberculeux, même un tuberculeux péritonéal, a le droit de faire une appendicite par infection banale. »

Nous essayerons de montrer qu'il a plus le droit et plus de probabilité par le fait qu'il est atteint de péritonite bacillaire.

Et nous concluons avec le Professeur R. Falcone : « L'enchaînement des événements est tel qu'il peut justifier l'hypothèse d'une forme morbide unique plutôt qu'une coïncidence fortuite. »



## HISTORIQUE

---

La question a été très peu étudiée. Nous n'avons relevé aucun travail français s'y rapportant.

En 1927, H. F. Blacklee, dans un travail paru dans le *British Medical Journal* et intitulé « Appendicite aiguë compliquant une ascite tuberculeuse », semble être le premier qui se soit posé la question de savoir s'il y avait un rapport entre ces deux affections, et il conclut qu'on peut émettre cette hypothèse.

C'est surtout et à peu près essentiellement le Professeur R. Falcone, de Naples, qui, dans une communication au II<sup>e</sup> Congrès médico-chirurgical de Calabre en septembre 1932 et dans un article de la *Riforma Medica* en novembre 1934, intitulé « Rapports entre l'appendicite aiguë et la tuberculose du péritoine », a essayé d'expliquer la pathogénie, l'étiologie et le mécanisme de ces rapports.

---

## OBSERVATIONS

---

Nous avons classé nos observations en trois groupes :

1° Apparition d'une appendicite aiguë chez un malade atteint de péritonite bacillaire avérée.

2° Crise d'appendicite aiguë coïncidant avec un début apparent de péritonite bacillaire. En réalité, ces deux modalités se confondent, car dans le second cas il s'agit de péritonite latente révélée par l'appendicite.

3° Péritonite bacillaire survenant après une crise d'appendicite avec intervalle libre plus ou moins long.

Nous avons volontairement laissé de côté la question des formes de péritonites bacillaires simulant l'appendicite.

Cette question a été mise au point dans la thèse de Michellet soutenue à Bordeaux en 1923. De même, nous n'aborderons pas la question de l'appendicite tuberculeuse quoiqu'elle puisse, par certains côtés de pathogénie, rentrer dans le cadre de notre travail.

Dans la plupart de nos observations, il s'agira d'appendicites aiguës banales, dont le diagnostic aura été vérifié par l'anatomie pathologique.

### I. — *Apparition d'une appendicite chez un malade atteint de péritonite bacillaire avérée.*

Obs. I (Haut-Lévêque, personnelle, due à l'obligeance du Docteur Villar).

Obs. II (Haut-Lévêque, personnelle, due à l'obligeance du Docteur Villar).

Obs. III (Haut-Lévêque, personnelle, due à l'obligeance du Docteur Villar).

Obs. IV (Haut-Lévêque, personnelle, due à l'obligeance du Docteur Villar).

II. — *Crise d'appendicite coïncidant avec un début apparent de péritonite bacillaire.*

Obs. V (H. F. Blacklee, *British Medical Journal*, juill. 1927).

III. — *Péritonite bacillaire survenant après une crise d'appendicite avec intervalle libre plus ou moins long.*

Obs. VI (Professeur R. Falcone, *Riforma Medica*, nov. 1934).

Obs. VII (Haut-Lévêque, personnelle, due à l'obligeance du Docteur Villar).

OBSERVATION I.

N... (E.), 24 ans, femme de chambre.

*Antécédents héréditaires.* — Mère morte des suites de couches. Père vivant bien portant.

*Antécédents collatéraux.* — Deux frères et trois sœurs vivants bien portants.

*Antécédents personnels.* — Rougeole, oreillons. Santé toujours assez délicate. Réglée à 14 ans, régulièrement. Cuti + +.

*Histoire de la maladie.* — Janvier 1936 : La malade commence à souffrir du ventre, les douleurs vont en s'accroissant jusqu'en juin et la font hospitaliser à l'hôpital de Tours.

6 juin : Laparotomie sans ablation de l'appendice. Diagnostic de péritonite bacillaire généralisée confirmée histologiquement. Après l'opération, légère amélioration.

Octobre : La malade souffre au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite.

*Radio.* — Articulation sacro-iliaque droite irrégulière avec ulcération osseuse, surtout du côté de l'os iliaque.

13 novembre : Ventre encore douloureux avec volumineux gâteau médian sous-ombilical.

Janvier 1937 : Poussée de péritonite avec fièvre et douleurs abdominales, surtout dans les fosses iliaques. Région péri-ombilicale empâtée et douloureuse. On porte le diagnostic de forme fibro-adhésive avec adhérences.

Mars : Pleurésie séro-fibrineuse.

27 mai : Ventre assez souple dans les régions basses; au contraire, toute la région ombilicale est tendue, dure et douloureuse. Il semble exister une réaction plastique bacillaire au niveau de la région ombilicale.

1<sup>er</sup> août : Amélioration légère, diminution du plastron ombilical. Pas de température. On commence prudemment les bains de soleil.

29 octobre : Ventre souple à gauche; foie et vésicule légèrement sensibles. Appendice douloureux.

Décembre : Nouvelle poussée au niveau du plastron ombilical.

Mars 1938 : Léger empâtement juxta-ombilical droit.

11 mai : Point appendiculaire très net.

20 juillet : Appendicectomie (Docteur Villar).

## OBSERVATION II.

V... (F.), 17 ans.

Parents inconnus.

*Antécédents personnels.* — Rougeole. Réglée à 14 ans. Aménorrhée.

*Histoire de la maladie.* — Janvier 1938 : Diagnostic de péritonite bacillaire.

24 mars : Ventre tendu non douloureux, sans ascite ni gâteau appréciable.

11 juillet : Point appendiculaire très vif.

3 janvier 1939 : Douleur abdominale. Vomissement. Température, 38°6. Douleur au point de Mac Burney. Diète. Glace.

11 janvier : Légère réaction appendiculaire. A opérer.

10 mars : Appendicectomie (D<sup>r</sup> Villar). Cæcum enflammé avec quelques granulations sur le péritoine pariétal également. Pas d'ascite. Rien vers les annexes.

*Examen anatomo-pathologique* (Dr Pauzat). — Appendicite chronique banale. On trouve sous la séreuse quelques follicules d'aspect tuberculeux.

### OBSERVATION III.

D... (M.), 37 ans.

*Antécédents personnels.* — Prolapsus très marqué à la suite de la dernière grossesse. Fatigue. Troubles. Douleurs. Le 10 janvier 1937, opération pour prolapsus.

*Histoire de la maladie.* — Au second temps de l'opération (ligamentopexie), on constate des lésions importantes de bacillose génitale avec granulations dans le ventre et réaction ascitique.

10 mars 1937 : Ventre ballonné douloureux. Ascite. La péritonite bacillaire évolue.

31 août : Gomme bacillaire de la racine de la cuisse gauche.

8 juin 1938 : Point appendiculaire très net, repos, glace sur le ventre.

11 juillet : Le point appendiculaire persiste toujours; on parle d'opérer.

L'observation s'arrête ici, mais nous croyons que nous étions en présence d'une crise d'appendicite aiguë vraie malgré le manque de preuve qu'aurait pu nous fournir l'appendicectomie.

### OBSERVATION IV.

L... (S.), 18 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort de méningite bacillaire (?).

*Antécédents personnels.* — Réglée à 13 ans. En avril 1936, pleurésie droite. Cuti + + + +.

*Histoire de la maladie.* — Novembre 1936 : Péritonite bacillaire aiguë avec forte poussée fébrile. Repos. Glace. Sérum de Jousset. Calcium. Ultra-violet (poussée fébrile).

10 août 1938 : Abdomen souple. Très léger empâtement résiduel.

8 novembre : Crise douloureuse dans la fosse iliaque droite. Léger point appendiculaire.

14 décembre : Appendicectomie. Appendice long, gros et enflammé : nombreuses adhérences péritonéales et quelques granulations. Pas d'ascite.

#### OBSERVATION V.

Une jeune fille de 15 ans, qui avait été toujours d'une santé précaire durant quelques mois, tombe soudain malade le 4 mai 1927.

L'après-midi, elle vomit, et peu après elle éprouve une douleur intense au niveau de l'abdomen. Pas de localisation mais des vomissements qui continuèrent toute la nuit.

Le lendemain, elle fut admise à l'hôpital.

A son entrée à l'hôpital, état grave, pouls à 140. Langue très saburrale, ni selles, ni gaz depuis vingt-quatre heures. Abdomen uniformément distendu. Ombrilic légèrement déplissé. Rigidité plus accusée dans la fosse iliaque droite.

*Opération* (le 5 mai). — Au moment de l'incision, environ 150 onces de liquide jaune paille s'échappèrent. Le péritoine et l'intestin montraient des nodules tuberculeux typiques en grand nombre. Le cæcum était intensément enflammé. En dégageant cette zone, on découvrit un appendice gangréneux en position rétro-cæcale et perforé à peu près à sa partie moyenne. Appendicectomie, et non sans difficulté le tronçon fut invaginé.

Une investigation plus profonde fut impossible, car l'appendice était trop altéré pour permettre un examen microscopique.

#### OBSERVATION VI.

Fièvre élevée. Vomissements. Douleurs dans la fosse iliaque droite avec irradiation dans les flancs et l'épigastre.

Langue sèche, traits tirés. Pouls petit, à 130. Température à

38 degrés. Ventre douloureux dans toute l'étendue, plus intense dans le quadrant inférieur droit, avec réaction de défense.

Glace, diète hydrique. Les phénomènes s'atténuent, mais la fièvre rémittente persiste. Le régime opportun et les soins donnés font se résorber le plastron douloureux de la fosse iliaque droite.

La malade se marie en juin 1934.

Quelque temps après, douleurs dans la fosse iliaque droite avec fièvre continue rémittente et vomissements. Pouls petit, rapide. Température à 38°5. Ventre douloureux, ballonné, très tendu. Défense musculaire dans les fosses iliaques droite et gauche. Glace, diète hydrique.

Dix jours s'écoulent; les douleurs diminuent, mais on décèle la présence de liquide libre dans l'abdomen qui augmente, sans atteindre toutefois un volume important. Cure calcique et arsenicale. Après un mois, le liquide se résorbe et l'état général s'améliore jusqu'à permettre un traitement physiothérapique.

#### OBSERVATION VII.

D... (Y.), 21 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Rien à signaler.

*Antécédents personnels.* — Réglée à 16 ans très irrégulièrement. Toujours malade. Douleurs intestinales.

*Histoire de la maladie:* — Juin 1933 : Souffre du ventre. Température à 39 degrés. Douleurs abdominales. Vomissements. Constipation. Appendicectomie d'urgence.

Août 1935 : La malade souffre du ventre et a de temps en temps des crises légères.

Août 1938 : Ventre légèrement ballonné. Il y a un peu d'ascite. Le ventre est un peu tendu, pas de fièvre.

Septembre 1938 : Le diagnostic de péritonite bacillaire se confirme.

---

## LES RAPPORTS ENTRE L'APPENDICITE AIGUE ET LA PERITONITE BACILLAIRE

---

Nous nous inspirerons des hypothèses du Professeur R. Falcone pour essayer de montrer quel est le processus qui relie entre eux l'appendicite et l'évolution d'une péritonite tuberculeuse.

Landouzy en France et Sylvestri en Italie ont attribué au bacille de Koch un rôle important dans la genèse des appendicites aiguës.

Pour Sylvestre, nous nous trouvons en présence du schéma suivant :

1° Il est dans l'organisme une infection focale silencieuse, latente, ne se traduisant que par une bacillémie intermittente.

2° Or, l'appendice joue un rôle éliminateur de germes microbiens, et en particulier vis-à-vis du bacille de Koch.

Nous allons rappeler ce rôle.

L'appendice en tant qu'éliminateur de germes microbiens.

L'expérimentation a montré qu'en injectant dans les veines des lapins les microbes les plus divers, on observait souvent des lésions appendiculaires.

H. Roger a opéré avec le pneumo-bacille de Friedländer et avec l'oidium albicans, O. Josue avec des microbes provenant de l'intestin, Dominici avec le bacille typhique, Gouget avec le staphylocoque.

L. Ribadeau-Dumas et P. Harveer, dans leurs recherches sur l'élimination du bacille d'Eberth et des paratyphiques par l'intestin, ont insisté sur la prédilection qu'ont les micro-organismes pour certains segments de l'intestin, et en particulier pour l'appendice et le duodénum.

Ch. Richet fils et Saint-Girons ont montré que le streptocoque et le bacille d'Eberth s'éliminaient surtout par l'appendice, et leurs nombreuses expériences ont mis hors de doute l'existence et l'importance pour l'appendice plus que pour tout autre segment de l'intestin de cette fonction d'élimination microbienne.

N. F. Nordwenken, I. W. Mc Mean, V. Soli, injectant divers germes dans les veines du lapin, ont obtenu des lésions de l'appendice : gonflement des follicules, hémorragies punctiformes, quelquefois des infiltrations hémorragiques diffuses et des points de nécrose.

P. Carnot, H. Lavergne, A. Fiehrer, citent plusieurs expériences en faveur d'une élimination intestinale des bacilles de Koch au niveau de l'appendice.

3° Les bacilles peuvent être seulement en transit et l'appendice peut les éliminer simplement, mais en se répétant les décharges bacillaires ne peuvent laisser l'appendice indifférent. Il se crée un état d'immunité ou d'allergie locale ou générale. Cet appendice sensibilisé, et en état d'allergie vis-à-vis du bacille de Koch, est tel qu'il réagit à une nouvelle décharge bacillaire.

C'est par ce mécanisme que Pende explique que l'appendicite et la typhlo-pérityphlite puissent venir de foyers latents.

Il attache beaucoup d'importance au diplostreptocoque de Freund et Fisher.

Qu'un tel germe puisse déterminer la sensibilisation allergique de l'appendice ou que cela en soit un autre : bacille de Koch ou ses toxines, la conception étiopathogénique ne change pas.

4° A cette étape d'allergie initiale en succède une autre où entrent en scène les germes banaux de la flore intestinale soit par exaltation de virulence, soit par diminution de la résistance défensive des follicules lymphatiques.

Les formes morbides variées sont en rapport avec le terrain organique, les modalités de réaction du système réticulo-endothélial et l'état allergique de sensibilisation. Cette conception se rapproche de celle de Frugoni au sujet du pseudo-rhumatisme tuberculeux.

Un foyer actif spécifique crée à distance une hypersensibilité localisée avec réaction hyperergique aux toxines bactériennes et favorise ainsi les inflammations consécutives.

La structure lymphatico-folliculaire de l'appendice, sa fonction excrétrice, l'entérotropisme spécial du bacille de Koch, justifient cette conception étio-pathogénique.

En résumé, pour Sylvestri, la décharge bacillaire agit comme simple mordant sur un appendice secondairement enflammé par d'autres germes.

5° Mais, par suite de cette sensibilisation de l'appendice, il s'y crée un état de moindre résistance. Cet état de résistance constitue une prédisposition du terrain et a une décharge bacillaire ultérieure; il peut se produire une diffusion avec localisation péritonéale. Un cas décrit par Crescenzi d'inflammation péritonéale avec foyers multiples d'origine appendiculaire non spécifique peut être rapporté au même mécanisme.

Il ne s'agit donc pas de coïncidences fortuites, et si appendicite aiguë et péritonite bacillaire se rencontrent parfois à intervalle plus ou moins long, c'est parce que ces deux affections sont liées par leur pathogénie; toutes deux étant dues à un processus d'allergie au niveau de l'appendice.

On peut admettre que :

1° Il existe une infection focale latente qui déverse les bacilles de Koch d'une façon intermittente dans le courant sanguin.

2° L'appendice, organe folliculaire de défense et d'excrétion bacillaire pour lequel le bacille de Koch a un tropisme très net, élimine les bacilles.

3° Mais les décharges, en se répétant, ne le laissent pas indifférent, et il se crée un état d'allergie locale ou générale.

4° Les germes banaux de la flore intestinale entrent en scène par deux mécanismes :

- a) Exaltation de virulence;
- b) Diminution de la résistance défensive des follicules lymphatiques.

5° Une nouvelle décharge bacillaire agissant sur un appendice en état d'allergie produit une diffusion péritonéale.



## CONCLUSIONS

---

Nous croyons qu'il est possible de définir une nouvelle entité morbide qui comporte trois étapes.

1° Prodromes. Il s'agit le plus souvent de sujets présentant une hérédité bacillaire, antécédents morbides divers; ce que Burnand a appelé les signes d'imprégnation bacillaire.

2° Crise d'appendicite caractérisée.

3° Une péritonite bacillaire succède à cette appendicite aiguë avec ou sans intervalle libre.

## SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,  
**PIERRE MAURIAC.**

Vu, BON A IMPRIMER :

*Le Président*,  
**F. PAPIN.**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 15 septembre 1939.

*Le Recteur de l'Académie*,  
**G. BOUSSAGOL.**



## BIBLIOGRAPHIE

---

- BINET (L.). — Physiologie de l'appendice. *Presse médicale*, 6 août 1921.
- BLACKLEE (H. F.). — Acute appendicitis complicating tuberculosis ascites. *British medical Journal*, 23 juill. 1927.
- BOTTIN (J.). — Quelques incidents de l'évolution d'une péritonite tuberculeuse. *Liège médical*, 12 août 1936.
- BRACCO (R.), CHIONO (P.). — Bacille de Koch dans l'appendice. *Bull. de la Soc. piémont. de chir.*, 4 avril 1934.
- BRODY. — Conception moderne de la péritonite tuberculeuse. Thèse Paris, 1926.
- CARNOT (P.), LAVERGNE (H.), FIEHRER (A.). — Elimination intestinale de bacilles tuberculeux chez le lapin (appendice). *C. R. de la Soc. de biol.*, 1935, n° 120, p. 961.
- CROIZIER. — Syndrome appendiculaire et tuberculose. *Lyon chirurgical*, 1910.
- FALCONE (R.). — Appendicite acuta et tuberculosi peritoneale. *Calabria Medica*, 1<sup>er</sup> févr. 1934.
- Rapporti tra appendicite acuta et tuberculosi del peritoneo. *Riforma Medica*, 24 nov. 1934.
- HALLION et GAYEL. — Physiologie de l'appendice, in *Traité de physiologie*, sous la direction de L. Binet.
- JANA'S (A.). — Péritonite tuberculeuse latente. *Revue de tuberculose*, févr. 1935.
- LOEPER. — Leçon de pathologie digestive, t. I.
- MICHELET. — Sur quelques cas de tuberculose péritonéale à masque appendiculaire. Thèse Bordeaux, 1923.
- SOHER et DEJON. — Péritonite tuberculeuse dans les suites opératoires d'une appendicectomie. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Marseille*, oct. 1938.









